*Annexe 1*

*Logo de la collectivité*

**DECLARATION D’ACCIDENT DE SERVICE-ACCIDENT DE TRAJET**

Vous êtes fonctionnaire titulaire ou stagiaire et vous venez d’être victime d’un accident de service ou de trajet.

Conformément aux dispositions des articles 47-1 à 47-20 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 vous devez transmettre à votre service des ressources humaines de rattachement, dans un délai de 15 jours à compter de la date de l’accident, une déclaration d’accident de service comportant :

* Le présent formulaire précisant les circonstances de l’accident,
* Un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l’accident ainsi que, s’il y a lieu, la durée de l’incapacité de travail en découlant.



**Si l’accident entraine un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail dans le délai de 48H suivant son établissement.**

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS RELATIVES A L’ACCIDENT** |

Lieu précise de l’accident : décrivez le lieu où s’est produit l’accident à savoir : les coordonnées et localisation au sein de l’espace de travail. Si l’accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d’exercice de vos fonctions, décrivez le lieu où l’accident s’est produit : nom et adresse de l’établissement ou éléments de localisation.

Lieu de travail occasionnel : il peut s’agir, par exemple des lieux de formation.

Mission pour l’employeur : il s’agit d’un déplacement effectué dans le cadre normal de l’exercice des fonctions (ex : déplacement entre un établissement principal et son annexe, réunion extérieure), ou dans le cadre d’un ordre exprès de mission (ex : mission de contrôle au sein d’un établissement tiers).

Activité de la victime lors de l’accident : précisez l’activité ou la tâche effectuée au moment de l’accident.

Description et nature de l’accident : décrivez l’évènement ayant conduit à l’accident, comment l’accident s’est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression etc) ou comment vous vous êtes blessé (heurt, collision, écrasement, piqûre, noyade, contact avec une substance dangereuse etc...)

Objet dont le contact a blessé la victime : indiquez avec quoi vous vous êtes blessé. Il peut s’agir d’un matériau, d’un déchet, d’un outil (tournevis, cutter, perceuse,…), de machine, de véhicule, d’un chariot de manutention, d’une substance chimique, d’un élément de construction (porte, mur …) du sol etc.…

Accident causé par un tiers : lorsque vous avez connaissance de l’implication d’un tiers, quelque que soit sa part de responsabilité, dans un accident de service ou de trajet, cette information droit impérativement être reportée dans cette partie.

Pièces jointes : il peut s’agir par exemple d’un rapport de la SNCF ou de toute compagnie de transports, d’une attestation de service justifiant des horaires exceptionnels.

***N’hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles***

**Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement**

**N’oubliez pas de joindre un certificat médical**

**DECLARATION D’ACCIDENT DE SERVICE**

|  |
| --- |
| **CONSEQUENCES DE L’ACCIDENT QUE L’AGENT SOUHAITE PORTER A LA CONNAISSANCE DE L’ADMINISTRATION** |

Nature des lésions constatées : *(en cas de décès immédiat, le préciser dans la rubrique « autres »)*

Rubrique « effets du bruit, des vibrations, de la pression » : case à cocher si vous êtes victime d’une perte auditive aigue, d’un barotraumatisme au autre.

Rubrique « choc » : case à cocher si vous êtes victime de chocs consécutifs à des agressions et menaces, chocs traumatiques ou choc post traumatique.

Siège des lésions : indiquez l’endroit du corps qui a été atteint (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège interne), en précisant s’il y a lieu, droite ou gauche. En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi.

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’AGENT :**  Nom de naissance………………………………………………………….. Nom d’usage  ………………………………………………………………..  Prénom …………………………………………………………..  Date de naissance …………………………………………………………  N° de sécurité sociale……………………………………………………..  Adresse personnelle………………………………………………………………………………………………………………………………………………  TEL personnel ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  MAIL personnel……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **COORDONNEES ADMINISTRATIVES :**  Employeur………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Adresse ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Service …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  TEL professionnel………………………………………….  MAIL Professionnel……………………………………… |

**Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement**

**N’oubliez pas de joindre un certificat médical**

|  |
| --- |
| **STATUT ET CATEGORIE DE L’AGENT :**  Stagiaire :  Titulaire :  Catégories : A B C  Corps : ……………………………………………………………………  Grade : ……………………………………………………………………  Fonctions : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Date d’entrée dans le poste : …………………………………………..  Temps de travail : …………………………………………………………….  Quotité de travail : …………..%  Date d’entrée dans la collectivité : ……………………………………………………………….  Titulaire depuis le : …………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’ACCIDENT :**  Date de l’accident : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Heure de l’accident :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...  Horaires de travail le jour de l’accident :……………………………………………………………………………………………………………………..  Horaires habituelles *(si différents, à préciser et expliquer)* : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  **Lieu précis de l’accident :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **Préciser s’il s’agit :** *(plusieurs réponses possibles)*  lieu de travail habituel Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail  lieu de travail occasionnel Au cours d’une mission pour l’employeur  lieu de restauration habituel Au cours du trajet entre le lieu de restauration habituel et le lieu de travail  lieu de tététravail  accident de circulation routière *(à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette…)*  **Activité de la victime lors de l’accident** *(environnement-bureau, escalier, route … et tâche exécutée) :*  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  **Description et nature de l’accident** *(ex : chute, agression, collision..) :*  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **Objet dont le contact a blessé la victime** : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

**Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement**

**N’oubliez pas de joindre un certificat médical**

|  |
| --- |
| **Témoins : OUI NON**  Nom, prénom, qualité, adresse :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  *(en l’absence de témoin, indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l’accident)*  **Accident causé par un tiers : OUI NON**  Nom, prénom, qualité, adresse :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  *Société d’assurance du tiers (si connu)*  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **LES PIECES JOINTES :**  Certificat médical/ bulletin d’hospitalisation: Plans  Témoignages écrits : Autres : ………………………………………………………………………  Dépôts de plaintes :  Ordre de mission :  Rapport de police/de gendarmerie/des pompiers :  Constat amiable : |

|  |
| --- |
| **CONSEQUENCES DE L’ACCIDENT :** indiquer les conséquences que l’agent souhaite porter à la connaissance de l’administration :  Nature des lésions médicalement constatées :  Plaies et blessures Luxation, entorse, foulure  Amputation Brûlure, gelure  Fractures Choc  Empoissonnement, infection Blessures multiples  Commotion, traumatisme Asphyxie, noyade  Effets de température,  de lumière de radiation  Autres……………………………………………………………………………..  **Siège des lésions (préciser le ou les membres atteints) :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………        Nombre de jours d’arrêt sur le certificat initial :    Date de l’accident initial : |

Je soussigné (prénom nom) ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Certifie sur l’honneur l’exactitude des informations déclarées.

Fait à : ………………………………

Le *(date de la déclaration)*: …………………….

Signature agent

*(Ou de son représentant/ à préciser s’il y a lieu)*